

## FEUILLE DE DEMANDE POUR LE DOSAGE DES MEDICAMENTS (1/5)

(sachet **MARRON** - 9h à 17h30 du Lundi au Vendredi)

<b>NIP</b> Nom : ..... Nom Jeune Fille : ..... Prénom : ..... DDN : ...../...../..... Sexe : .....	<b>Etiquette</b> UH	<b>Prescripteur</b> Code APH Nom : ..... Fonction : ..... Tél : ..... Mail : .....	<b>Préleveur</b> Nom : ..... Fonction : ..... Tél : .....
--	------------------------	---	--

### MOTIVATIONS DE LA DEMANDE

<input type="checkbox"/> Surveillance thérapeutique <input type="checkbox"/> Inefficacité du traitement <input type="checkbox"/> Suspicion d'inobservance <input type="checkbox"/> Malabsorption intestinale <input type="checkbox"/> Résistance <input type="checkbox"/> Interaction médicamenteuse (à préciser) : ..... <input type="checkbox"/> Epuration extra-rénale : mode : ..... ; Dernière le ____/____/____ à ____h durée : ..... Poids : ____kg	<input type="checkbox"/> Co-infection VIH, VHC, VHB etc. <input type="checkbox"/> Survenue d'effets indésirables (à préciser) : ..... <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Grossesse Clearance (DFG) : ..... Date initiation ou modification de traitement : ____/____/____	<b>MILIEU</b> <input type="checkbox"/> SANG <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> CHEVEUX <input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> Autres ..... <input type="checkbox"/> <b>URGENCE</b>
---	--	--

Date de Prélèvement (JJ/MM/AA)   /   /   Heure (HH/MM)   :

PIC à réaliser en fin de perfusion (30 minutes après la fin) (pour autres voir le catalogue des médicaments)

Nom du composé à doser :	Date, Dose/i et Horaire de dernière prise :
<b>ANTIBIOTIQUES et ANTITUBERCULEUX (Tube héparinate de lithium sans gel)</b>	
<input type="checkbox"/> Amoxicilline CLAMOXYL®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Avibactam/Aztreonam EMBLAVEO®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Avibactam/Ceftazidime ZAVICEFTA®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Aztreonam AZACTAM®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Bédaquiline et métabolite SIRTURO®	<input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Cefazoline	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Céfépime AXEPIM®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Céfiderocol FETCROJA®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Céfotaxime CLAFORAN®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Céfoxitine	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ceftaroline ZINFORO®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ceftazidime FORTUM®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone ROCEPHINE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ceftolozane/Tazobactam ZERBAXA®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ciprofloxacine CIFLOX®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Clarithromycine ZECLAR®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Clindamycine DALACINE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Clofazimine LAMPRENE®	<input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Cloxacilline ORBENINE®	<input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Cycloserine SEROMYCIN®	<input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Daptomycine CUBICIN®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Dalbavancine XYDALBA®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Délamanide et métabolite DELTYBA®	<input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Doxycycline	<input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Eravacycline XERAVA®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ertapénem INVANZ®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ethambutol MYAMBUTOL®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Fosfomycine FOSFOCINE®	<input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Imipénem TIENAM®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Isoniazide RIMIFON® et métabolite	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Levofloxacine TAVANIC®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Linezolid ZYVOXID®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Méropénem MERONEM®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Moxifloxacine IZIOX®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ofloxacine OFLOCET®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Oxacilline BRISTOPEN®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Pénicilline G (benzylpenicilline) EXTENCILLINE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Pipéracilline	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Pipéracilline/Tazobactam TAZOCILLINE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Pyrazinamide PIRILENE®	<input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Rifabutine et métabolite ANSATIPINE®	<input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Rifampicine RIFADINE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Spiramycine RODOGYL®	<input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Sulfaméthoxazole et métabolite/Triméthoprim BACTRIM®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Tedizolide SIVEXTRO®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Temocilline NEGABAN®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Tigecycline TYGACTL®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : ..... <input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> PO ..... mg x ...../j le ____/____/____ à ____h

### CONDITIONS PARTICULIERES DE PRELEVEMENT

**Imipénème** : Stabilisation du plasma par du **MOPS** dans les 45 minutes suivant le prélèvement (dilution au  $\frac{1}{2}$  v/v)  
**Rifampicine** : Stabilisation du plasma par l'**acide ascorbique** 200 mg/L (dilution au  $\frac{1}{2}$  v/v) dans les 2 heures suivant le prélèvement

# Médicaments dosés dans le Service de Pharmacologie – AHPH. Nord Site Bichat

Adresse postale : 46, rue Henri Huchard, 75877 Paris Cedex 18 Tél. : 01.40.25.84 54 Fax : 01.40.25.88.12

Adresse de livraison : 17 rue du Pasteur Valéry Radot - **Porte 7** - 75018 PARIS (UNIQUEMENT du lundi au vendredi de 9h à 17h30) **(-2)**

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE : Revue de contrat.			<input type="checkbox"/> Sachet Noir
<b>Type et nombre de prélèvements reçus :</b>		<b>Date et heure d'arrivée à l'accueil du site expéditeur - Visa</b>	
<b>Non-conformité critique</b> <input type="checkbox"/> Echantillon(s) non identifié(s) <input type="checkbox"/> Discordance Echantillon/Prescription <input type="checkbox"/> Echantillon(s) manquant(s) <input type="checkbox"/> Contenant non adapté <input type="checkbox"/> Echantillon(s) accidenté(s)		<b>Tel :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> NC Critique	<b>Date et heure d'arrivée à l'accueil du site destinataire - Visa</b>
		<input type="checkbox"/> Si Pré-traitement : <input type="checkbox"/> Centrifugation <input type="checkbox"/> Décantation <input type="checkbox"/> Pas de pré-traitement <input type="checkbox"/> Conservation avant envoi <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> 2 à 8°C <input type="checkbox"/> - 20°C	

☐ Pres. Abs. ☐ Prel. Abs. ☐ UHabs ☐ Cond. trans ☐ Tub + ☐ Autres

Feuille 1	Feuille 2	Feuille 3	Feuille 4	Feuille 5
Amoxicilline CLAMOXYL® Avibactam/Aztreonam EMBLAVEO® Avibactam/Ceftazidime ZAVICEFTA® Aztreonam AZACTAM® Bédaciline et métabolite SIRTURO® Céfazoline Céfépime AXEPIM® Céfiderocol FETCROJA® Céftazidime CLAFORAN® Céftazidime ZINFORO® Ceftazidime FORUM® Ceftazidime ZERBAXA® Ceftriaxone ROCEPHINE® Ciprofloxacine CIPLOX® Clarithromycine ZELCAR® Clindamycine DALACINE® Clofazimine LAMPRENE® Clonazepam ORBENINE® Cycloserine SEROMYCIN® Daptomycine CUBICIN® Dalbavancine XYDALBA® Délamanide et métabolite DELTYBA® Doxycycline Ertapénem XERAVA® Ertapénem INVANZ® Ethinylestradiol MYAMBTOL® Fosfomycine FOSFOCINE® Imipénem TIENAM® Isosiazide RIMIFON® et métabolite Levofloxacine TAVANIC® Linezolid ZYVOXID® Méropénem MERONEM® Maxifloxacine IZILOX® Ofloxacine OFLOCE® Oxacilline BRISTOPEN® Pénicilline G EXTENCILLINE® Pipéracilline Pipéracilline/Tazobactam TAZOCILLINE® Pyrazinamide PIRILENE® Rifabutine et métabolite ANSATIPINE® Rifampicine RIFADINE® Spiramycine RODOGYL® Sulfaméthoxazole et métabolite/Triméthopri-me BACTRIM® Tedizolide SIVEXTRO® Temocilline NEGABAN® Tigecycline TYGACIL®	3TC+ABC KIVEXA® 3TC+ABC+DTG TRIUMEQ® Abacavir (ABC) ZIAGEN® Atazanavir (ATV) REYATAZ® AZT + 3TC COMBIVIR® AZT+3TC+ABC TRIZIVIR® Bicétegravir (BIC) BIC+FTC+TAF BIKTARVY® Cabotégavir Darunavir (DRV) PREZISTA® Dolutégravir (DTG) TIVICAY® Doravirine (DOR) PIFELTRO® DOR+3TC+DTG DELSTRIGO® Éfavirenz (EFV) SUZIVIA® Emtricitabine (FTC) EMTRIVA® Etravirine (ETR) INTELENCE® Fostemsavir (TMR) EVG+COBI+TAF+FTC GENVOYA® EVG+COBI+TDF+FTC STRIBILD® FTC + TDF TRUVADA® FTC+TAF+RPV ODEFSEY® FTC+TDF+EFV ATRIPLA® FTC+TDF+RPV EVIPLERA® Lamivudine (3TC) EPIVIR®/ZEEFIX® Lévérapavir (LEN) SULENCA® Lopinavir (LPV) et ritonavir (RTV) KALETRA® Maraviroc (MVC) CELSENTRI® Névirapine (NVP) VIRAMUNE® Raltégravir et métabolite (RAL) ISENTRESS® Rilpivirine (RPV) EDURANT® Ritonavir (RTV) NORVIR® Ténofovir (TDF) VIREAD® Zidovudine et métabolite (AZT) RETROVIR®  Screening ARV	Amiodarone et métabolite CORDARONE® Ciclosporine® Cinétique de MPA Clozapine et métabolite LEPONEX® Évérolimus® CERTICAN® Flecainide® FLECAINE® Hydroxychloroquine® PLAQUENIL® Mycophénolate® (MPA) CELLCEPT® Rapivacine® NAROPINE® Sirolimus® RAPAMUNE® Tacrolimus®	Aciclovir (ACV) et métabolite ZOVIRAX®/ZELITREX® Albendazole et métabolite Aménamévir AMENALIEF® Amphotéricine B® AMBISOME® Anidulafundine ECALTA® Atovaquone® WELLVONE® Caspofungine® CANGIDAS® Dapsone® DISULONE® Fluconazole® TRIFLUCAN® Flucytosine® ANICOTIL® Ganciclovir (GCV) CYMEVAN®/ROVALCYTE® Glécavir® et Pibrentasvir (GVR-PIB) MAVIRET® Isavuconazole® CRESEMBA® Itraconazole® et métabolite SPORANOX® Ivermectine STROMECTOL® Letermovir (LMV) PREVMIS® Maribavir (MBV) LIVTENCITY® Métronidazole® FLAGYL® Micafungine MYCAMINE® Ornidazole® TIBERAL® Osetamivir et métabolite (OSEL) TAMIFLU® Posaconazole® NOXAFIL® Praziquantel BILTRICIDE® Pyriméthamine® PALUDRINE® Pyriméthamine® MALOCIDE® Rézafungine REZZAYO® Ribavirine (RBV) COPEGUS®/REBETOL® SOF + velpatasvir (VEL) EPCLUSA® Sofosbuvir et métabolite (SOF) SOVALDI® Sulfadiazine ADIAZINE® Voriconazole et métabolite VFEND®	Amiloride Amlodipine Bisoprolol Canrenone et Spironolactone Diltiazem Éplérénone Furosemide Hydrochlorothiazide Indapamide Irbesartan Lercanidipine Nabivolol Nicardipine Nifedipine Perindopril et Perindoprilat Ramipril et Ramiprilat Rimdenidine Urapidil Valsartan

## CONDITIONS DE PRELEVEMENT

**Dosages dans les autres liquides biologiques** : pot stérile sans conservateur  
Modalités de prélèvement :  
**résiduel** (Cmin) dans l'intervalle des 30 min avant IV ou PO  
**pic** (Cmax) : Tmax IV : 30 min à 45 min après la fin de la Perf. au bras opposé  
Tmax IM, SC : 1h après IV  
voir catalogue des examens VISKALI : <https://hupnvs.manuelprelevement.fr>  
**Perfusion continue** : sans contrainte horaire, au bras opposé

## FACTURATION

- Tableau national de codage de biologie  
- Référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomo-cytopathologie (RIHN)

## CONDITIONS D'ACHEMINEMENT

Pour les molécules Ciclosporine, Tacrolimus, Évérolimus, Sirolimus et Hydroxychloroquine, analyse réalisée sur sang total - ne pas centrifuger

### Prélèvement HORS BICHAT

Centrifuger (10 min à 4 000 tours) et décanter le plasma et le congeler rapidement (au maximum 8h)

**Imipénème** : Stabilisation du plasma par du **MOPS** dans les 45 minutes suivant le prélèvement (dilution au 1/2 v/v)

**Rifampicine** : Stabilisation du plasma par l'**acide ascorbique** 200 mg/L (dilution au 1/2 v/v) dans les 2 heures suivant le prélèvement

**Antibiotiques** : Plasma à -20°C (acheminement dans la carboglace si la durée de transport le nécessite)

## ZONE DE TAMPON DE RECEPTION